HANDLEIDING ASSIST VOOR DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG



Colofon

Auteurs

Tom Defillet, stafmedewerker VAD
Joke Claessens, stafmedewerker VAD

Redactie

Inge Baeten, stafmedewerker VAD
Else De Donder, stafmedewerker VAD

Expertengroep

Paul Lemmens, departement gezondheidspromotie Universiteit Maastricht
Cathy Matheï, Academisch Centrum Huisartsengeneeskunde Katholieke Universiteit Leuven en Free Clinic
Veerle Soyez, vakgroep orthopedagogiek Universiteit Gent
Rita Verrando, Domus Medica en MSOC Genk
Arlette Wertelaers, Katarsis en LOGO-arts Limburg

Met dank aan onderstaande artsen voor hun waardevolle medewerking

Dr. Ilse De Vos, huisarts
Dr. Francis Denissen, huisarts
Dr. Bart Schoolmeesters, huisarts
Dr. Heidi Schotsmans, huisarts
Dr. Karen Smets, huisarts en medewerker Domus Medica

Contactgegevens

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15
1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | www.vad.be | vad@vad.be

Verantwoordelijke uitgever

F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

Wettelijk depotnummer:

D/2010/6030/32



VERENIGING VOOR
ALCOHOL- EN ANDERE
DRUGPROBLEMEN vzw





Met steun van het Fonds ter bestrijding van de Verslavingen

Inhoud

Inleiding

De ASSIST is de 'Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test', met andere woorden, een screeningsinstrument voor alcohol, roken en ander middelengebruik. Het instrument werd ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en een internationaal team van onderzoekers gespecialiseerd in middelengebruik.

Oorspronkelijk is het instrument bedoeld voor de eerstelijnsgezondheidszorg, maar het is ook bruikbaar in andere sectoren. In het kader van een Vlaams-Nederlands project werd het instrument naar het Nederlands vertaald. VAD paste de handleiding aan voor de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg en het eerstelijnswelzijnswerk, in samenwerking met de respectievelijke sectoren. Deze handleiding is bestemd voor eerstelijnsgezondheidswerkers. Een aparte handleiding voor welzijnswerkers is eveneens beschikbaar.

De ASSIST is een screeningsinstrument, bestaande uit 8 vragen, waarmee u eenvoudig en snel een inschatting kunt maken van de ernst van middelengebruik bij volwassenen.

De vragenlijst behandelt:
- tabak
- alcohol
- cannabis
- cocaïne
- stimulerende middelen type amfetamine
- slaap- en kalmeringsmiddelen
- hallucinogenen
- vluchtige snuifmiddelen / inhalanten
- opiaten
- andere drugs

De afname van de ASSIST biedt informatie over:
- de middelen die personen ooit tijdens hun leven hebben gebruikt;
- de middelen die ze tijdens de laatste drie maanden hebben gebruikt;
- problemen verbonden aan middelengebruik;
- risico op huidige of toekomstige problemen;
- risico op afhankelijkheid;
- intraveneus gebruik.

De ASSIST en de kortdurende interventie helpen u, als gezondheidswerker, om:
- een inschatting te maken van de ernst van de problematiek;
- het middelengebruik bespreekbaar te maken;
- patiënten op een gestructureerde manier te informeren over de risico's verbonden aan middelengebruik;
- het middelengebruik te identificeren als een beïnvloedende factor voor bestaande aandoeningen;
- patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van een afhankelijkheidsproblematiek te detecteren.

Het resultaat van de screening geeft ook aan welke verdere opvolging aangewezen is: informatie, kortdurende interventie of intensievere hulpverlening.

Deze handleiding licht toe wat de ASSIST is en hoe u ermee aan de slag kunt gaan.

In de bijlagen vindt u het volgende materiaal:

- bijlage A: de ASSIST screeningsvragenlijst;
- bijlage B: de ASSIST antwoordkaart;
- bijlage C: de ASSIST feedbackkaart;
- bijlage D: Informatiekaart over de risico's verbonden aan intraveneus druggebruik;
- bijlage E: Voorbeeld van een kortdurende interventie;
- bijlage F: Stappenplannen kortdurende interventie.

Een online versie van het screeningsinstrument is beschikbaar op de VAD-website (www.vad.be). Het andere materiaal kunt u daar downloaden of bestellen.

Deel I De ASSIST

Het eerste deel licht toe wat verstaan wordt onder problemen door middelengebruik en wat u met de ASSIST kunt bevragen.

1. Wanneer is er sprake van problemen door middelengebruik?

Mensen gebruiken doorgaans middelen omwille van de aangename of gewenste effecten. Of en in welke mate door het middelengebruik problemen ontstaan, hangt af van een complex samenspel van risico- en beschermende factoren. Het gaat om persoonsgebonden factoren (Mens), gebruiksgerelateerde factoren (Middel: kenmerken van het middel en de manier waarop het gebruikt wordt) en omgevingsgebonden factoren (Milieu).

Riskant gebruik wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie in het 'Lexicon of Alcohol and Drugs' gedefinieerd als 'een gebruikspatroon dat het risico op schadelijke gevolgen voor de gebruiker verhoogt. Deze gevolgen kunnen zich zowel op fysiek, mentaal als sociaal vlak situeren'. De term 'riskant gebruik' werd voor het eerst beschreven in een invloedrijk WHO-rapport[1], maar het is geen diagnostische term in de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases) of DSM-IV-TR[2] (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).
Wat alcoholgebruik betreft, refereert deze categorie naar iedereen die meer drinkt dan de aanvaardbare grenzen. Deze zijn voor Vlaanderen terug te vinden in de 'richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik en de definitie voor 'bingedrinken'.[3]
Problematisch gebruik beschouwen we als een complex proces dat in stadia verloopt en soms, maar lang niet altijd, evolueert naar een stoornis zoals misbruik of afhankelijkheid van een middel. Problemen en/of schade die gepaard gaan met het gebruik van een middel kunnen van fysieke, psychische of sociale aard zijn en worden beïnvloed door de individuele gevoeligheid, de mate, duur en wijze van gebruik, de combinatie met andere middelen, eventueel aanwezige psychiatrische problematiek en directe en indirecte omgevingsfactoren. Problemen en/of schade kunnen evolueren en variëren in verschillende graden van ernst tot een **aan een middel gebonden stoornis** zoals misbruik en afhankelijkheid. De DSM-IV-TR spreekt van stoornissen **in** het gebruik van middelen (misbruik en afhankelijkheid van een middel) en de stoornissen **door** het gebruik van een middel (intoxicatie door een middel, onthouding van een middel, delirium door een middel, persisterende dementie ...). Bij **misbruik van een middel** is er sprake van een dermate ernstig druggebruik dat er problemen ontstaan bij het uitvoeren van de belangrijkste levenstaken, dat er gevaarlijke activiteiten ondernomen worden, of dat er juridische en sociale problemen ontstaan. **Afhankelijkheid van een middel** slaat op een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie of meer van de zeven criteria die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen, bijvoorbeeld tolerantie, onthouding, meer gebruiken dan men van plan was.[4]

---

[1] Edwards, 1981

[2] APA, 2006

[3] VAD (2009). *Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik en definitie voor bingedrinken*. Brussel: VAD. Zie www.vad.be.

[4] Dossier Vroeginterventie, Verstuyf, G. (VAD, 2007). Voor de volledige definities, zie DSM IV-TR (APA, 2006).

2. Wat bevraagt de ASSIST?

De ASSIST bestaat uit acht vragen.

Vragen één tot zeven gaan over het gebruik van en problemen met tabak, alcohol, cannabis, cocaïne, stimulerende middelen type amfetamine, vluchtige snuifmiddelen / inhalanten, slaap- en kalmeringsmiddelen, hallucinogenen en opiaten. Middelen die niet in deze lijst zijn opgenomen vallen onder de categorie 'andere'.

Vraag 1 bevraagt welke middelen de patiënt ooit tijdens zijn leven heeft gebruikt. Het gaat over niet-voorgeschreven gebruik. Hiermee wordt het gebruik van middelen bedoeld die niet door een arts werden voorgeschreven. Ook het gebruik van medicatie op voorschrift, in grotere hoeveelheden, frequenter of op een andere manier dan voorgeschreven wordt bevraagd

Vraag 2 informeert naar de gebruiksfrequentie tijdens de afgelopen drie maanden. Dit geeft een indicatie over de middelen die het meest relevant zijn voor de huidige situatie van de patiënt.

Vraag 3 gaat over hoe vaak de patiënt tijdens de laatste drie maanden een sterke drang of verlangen heeft ervaren om een middel te gebruiken. Dit is een indicatie van psychische afhankelijkheid.

Vragen 4 tot 6 refereren naar de mate waarin de patiënt problemen ondervindt of heeft ondervonden door zijn gebruik.

Vraag 4 bevraagt hoe vaak de patiënt tijdens de afgelopen drie maanden gezondheids-, sociale, gerechtelijke of financiële problemen heeft ondervonden door zijn middelengebruik.

Vraag 5 bevraagt hoe vaak het gebruik van elk middel de patiënt tijdens de laatste drie maanden heeft belemmerd om zijn verantwoordelijkheden op te nemen.

Vraag 6 refereert opnieuw naar de middelen die de patiënt ooit heeft gebruikt en vraagt of iemand ooit zijn bezorgdheid heeft geuit over het middelengebruik van de patiënt en of dat recent is gebeurd.

Vraag 7 informeert of de patiënt ooit tevergeefs geprobeerd heeft om zijn middelengebruik af te bouwen of stop te zetten en zo ja, hoe recent deze poging is. Dit is ook een indicatie voor de mate van afhankelijkheid.

Deze vragen geven samen aanwijzingen over de mate waarin iemand risico loopt op problematisch middelengebruik of al problemen ondervindt door zijn gebruik. Scores in het middenbereik van de ASSIST zijn een indicatie voor riskant of problematisch gebruik. Dit gebruik kan zich eventueel ook in het verleden hebben voorgedaan waardoor er tevens een verhoogd risico is. Een hoge score op de ASSIST is een indicatie voor afhankelijkheid.

Vraag 8 gaat over het injecterend gebruik en bevraagt of de patiënt ooit bij zichzelf drugs heeft ingespoten. Injecterend druggebruik wordt afzonderlijk behandeld omdat het een bijzonder hoog risico inhoudt, met name op afhankelijkheid, op door bloed overgedragen infectieziekten zoals hiv en hepatitis B en C en andere ernstige druggerelateerde problemen.

Deel II Het gebruik van de ASSIST

In dit deel bespreken we bij wie u de ASSIST kunt afnemen en hoe u het screeningsinstrument afneemt en scoort. Vervolgens lichten we toe hoe u de resultaten kunt interpreteren en met de patiënt kunt bespreken. Hierbij komt ook aan bod welke interventie verder nodig is. De kortdurende interventie zelf komt aan bod in deel III.

1. Bij wie en wanneer de ASSIST afnemen?

De ASSIST kan op verscheidene manieren worden gebruikt om het middelengebruik van de patiënt te beoordelen. De WHO geeft aan dat in het beste geval alle patiënten jaarlijks gescreend moeten worden voor middelengebruik als een onderdeel van een screeningsprogramma voor gezondheidsbevordering.

Dit is echter niet altijd haalbaar. De WHO beveelt aan om te screenen bij:

- patiënten van eerstelijnsdiensten met mogelijk een groot aantal gebruikers: universitaire gezondheidsdiensten, wijkgezondheidscentra, prostitutiegebieden, gebieden met een hoge prevalentie;
- patiënten waarvan bestaande klachten te wijten (kunnen) zijn aan middelengebruik;
- patiënten waarvan de gezondheid negatief kan worden beïnvloed door middelengebruik;
- zwangere vrouwen.

Indien u enkel personen screent waarvan u vermoedt dat ze een middelenprobleem hebben, zult u waarschijnlijk een aanzienlijk aantal patiënten met riskant middelengebruik over het hoofd zien.

De ASSIST kan zelfstandig worden afgenomen of gecombineerd worden met andere vragen als deel van een algemeen gezondheidsonderzoek, een vragenlijst over levensstijl of als deel van de medische voorgeschiedenis. Door de ASSIST af te nemen in een breder kader zal de patiënt dit makkelijker kunnen kaderen.

U kunt best de gunstigste omstandigheden uitkiezen om de ASSIST af te nemen, flexibel zijn en rekening houden met de behoeften van de patiënt. Gebruik uw medische ervaring om het juiste moment te bepalen.

U wacht best om de ASSIST af te nemen wanneer:

- patiënten een spoedbehandeling nodig hebben;
- van streek zijn of pijn lijden;
- duidelijk onder invloed zijn.

Patiënten die geïntoxiceerd zijn, zijn mogelijk niet in staat om betrouwbare antwoorden te geven. Maak in dat geval een volgende afspraak om de ASSIST af te nemen en het middelengebruik te bespreken.

2. Afnemen van de ASSIST

2.1. Introductie van de afname

Wanneer iedereen gescreend wordt, wordt de afname ook als dusdanig aangebracht. Het is een onderdeel van de normale manier van werken.
Wanneer u naar aanleiding van bepaalde signalen of risicofactoren wil screenen, benoem dan duidelijk en concreet wat deze signalen en risicofactoren zijn.
Bij de introductie van de eigenlijke afname licht u kort toe wat de motivatie voor de afname is, ook indien u dit al eerder met de patiënt heeft besproken.
Het kan nuttig zijn om uit te leggen dat screening voor middelengebruik lijkt op andere screeningsactiviteiten, zoals bloeddrukmeting, of vragen over dieet en sportbeoefening. De screening koppelen aan de huidige klacht, indien relevant, kan de patiënt helpen om het verband te zien tussen middelengebruik en gezondheid. Op deze manier kunt u uw patiënt ontvankelijker maken voor de screening.

Licht de inhoud van de ASSIST toe. Op de vragenlijst staat een voorbeeldintroductie die u letterlijk kunt overnemen of die u kunt aanpassen op maat van de patiënt.
Geef de antwoordkaart aan de patiënt. De antwoordkaart (bijlage B) is een handig hulpmiddel bij de afname. Ze bevat een lijst met de middelencategorieën met telkens een reeks productnamen. De benamingen op de kaart zijn de meest gebruikte termen in ons taalgebied. De antwoordkaart bevat ook de antwoordmogelijkheden voor de verschillende vragen.

- Leg uit welke middelen in de vragenlijst zijn opgenomen. Bespreek met de patiënt welke benamingen hij gebruikt om specifieke drugs te omschrijven en gebruik zijn terminologie.
- Licht toe dat de vragen zullen gaan over het ooit-gebruik en het gebruik tijdens de laatste drie maanden.
- Verduidelijk dat het gaat over niet-voorgeschreven gebruik. Met andere woorden: gebruik van middelen die niet door een arts voorgeschreven werden of in grotere hoeveelheden of frequenter dan voorgeschreven. Ook het gebruik van medicatie op voorschrift op een andere manier of met een andere intentie dan de bedoeling was, wordt bevraagd. Verduidelijk dit met een voorbeeld.
  'Bijvoorbeeld voorgeschreven Rilatine gebruiken om wakker te blijven in plaats van om je te concentreren; pillen oplossen en inspuiten in plaats van slikken; een voorgeschreven slaapmiddel gebruiken om tot rust te komen na gebruik van een opwekkend middel in plaats van om in te slapen; gebruik van voorgeschreven medicatie om zijn prestaties te verbeteren of om een euforisch gevoel te bekomen.'

Om tot zinvolle resultaten te komen is het belangrijk om voor een veilig kader te zorgen. Hoewel deze zaken mogelijk al aan bod zijn gekomen in een eerder gesprek met de patiënt of evident lijken, kan het nuttig zijn om nog eens te beklemtonen dat:

- de resultaten vertrouwelijk zijn. Vooral bij illegaal druggebruik kan dit belangrijk zijn. Maak concreet wat dit betekent voor de communicatie naar het team (bv. in een groepspraktijk of een wijkgezondheidscentrum) en eventuele andere betrokkenen en voor bewaring van de gegevens in het dossier.
- de resultaten enkel gebruikt worden om de patiënt verder te ondersteunen en te begeleiden, niet om hem te sanctioneren of van bepaalde hulpverlening uit te sluiten of om deze op te leggen.
- u zich wat de verdere begeleiding betreft, niet alleen op de ASSIST zult baseren, maar dat de vragenlijst enkel een hulpmiddel is om, samen met de patiënt, een beter beeld te krijgen van zijn situatie. Spreek eventueel af dat u de resultaten na afname of in een volgend gesprek zult toelichten en dat de patiënt de kans zal krijgen om zijn kijk weer te geven.

- de resultaten de patiënt een beter zicht kunnen geven op zijn eigen gebruik en de eraan verbonden risico's.

Een veilig kader creëren betekent ook dat men zich open en onbevooroordeeld opstelt en begrip en empathie toont voor de patiënt. Belangrijk is niet af te keuren of te beschuldigen. De houding van de gezondheidswerker is een belangrijke factor die bepaalt of de patiënt zich open gaat opstellen of sociaal wenselijk gaat antwoorden en zijn gebruik zal minimaliseren. Voor patiënten met druggebruik dat bij wet of door hun cultuur of religie verboden is, kan het nodig zijn om dit verbod te erkennen en hen aan te sporen eerlijke antwoorden te geven over hun gebruik. Bijvoorbeeld:

'In je omgeving wordt misschien gedacht dat je geen alcohol of andere drugs mag gebruiken, maar om in te schatten hoe we je het best kunnen begeleiden en ondersteunen, is het belangrijk om meer zicht te krijgen op je gebruik.'

Sommige patiënten kunnen het moeilijk vinden om hun middelengebruik expliciet te bespreken met een zorgverlener. Mogelijk zijn zij meer geneigd om hun druggebruik te minimaliseren in een gesprek dan wanneer ze een vragenlijst invullen. De mondelinge afname heeft echter ook een aantal voordelen. De ASSIST kan worden afgenomen bij patiënten met een lage geletterdheid. De zorgverlener kan vragen toelichten die de patiënt niet goed begrijpt en kan doorvragen om inconsistente of onvolledige antwoorden te verduidelijken. De ASSIST kan worden afgenomen als een onderdeel van een gesprek.
Momenteel is de ASSIST enkel gevalideerd voor gebruik tijdens een interview. De WHO onderzoekt momenteel of de test geschikt is voor schriftelijke zelfafname.

2.2. Afname van de ASSIST-vragen

Afhankelijk van de antwoorden van de patiënt kunnen sommige vragen weggelaten worden en kan het gesprek worden ingekort. De vragenlijst bevat instructies om u hier tijdens het gesprek aan te herinneren. Soms herinnert een extra vraag eraan om door te vragen.

Vraag 1 informeert naar het middelengebruik tijdens de levensloop, m.a.w. de drugs die de patiënt ooit heeft gebruikt, zelfs als dat maar één keer is. Aan elke patiënt moet deze vraag worden gesteld voor alle vermelde middelen. Indien de patiënt 'Nee' antwoordt op elk middel, stelt de interviewer een controlevraag: *'Ook niet toen u op school zat?'* Als het antwoord nog steeds 'Nee' luidt voor alle middelen, wordt het interview gestopt.

Als de patiënt op vraag 1 'Ja' antwoordt voor minstens één van de middelen, ga dan door naar vraag 2. Deze informeert naar het middelengebruik tijdens de afgelopen drie maanden en moet worden gesteld voor elk van de ooit gebruikte middelen. Indien het antwoord op vraag 2 'Nooit' is voor alle middelen (met andere woorden, de patiënt heeft tijdens de afgelopen drie maanden geen enkel middel gebruikt), ga dan verder met vraag 6. Indien één middel of meer gebruikt is tijdens de laatste drie maanden, ga dan verder met vragen 3, 4 en 5 voor elk van de gebruikte middelen. Merk op dat vraag 5 niet wordt gesteld voor tabak omdat het onwaarschijnlijk is dat tabak het opnemen van verantwoordelijkheden zou ondermijnen.

Aan alle patiënten die ooit een middel hebben gebruikt (vraag 1) moeten de vragen 6, 7 en 8 worden gesteld. Vragen 6 en 7 moeten worden gesteld voor elk middel dat ooit werd gebruikt.

Aandachtspunten bij de afname

Om tot een correcte score te komen, is het belangrijk dat de cliënt de vragen begrijpt zoals ze bedoeld zijn. U mag de vragen herformuleren en de cliënt vragen wat hij onder de begrippen verstaat. U kunt zelf voorbeelden geven van de vermelde begrippen, aangepast aan de situatie van de cliënt, als dit nodig is. Om u ervan te verzekeren dat de cliënt de vraag goed begrijpt, vraagt u ook door wanneer antwoorden niet in overeenstemming lijken met eerdere antwoorden,.
Uit de begrijpbaarheidstest blijkt dat vooral bij volgende vragen soms toelichting nodig is.

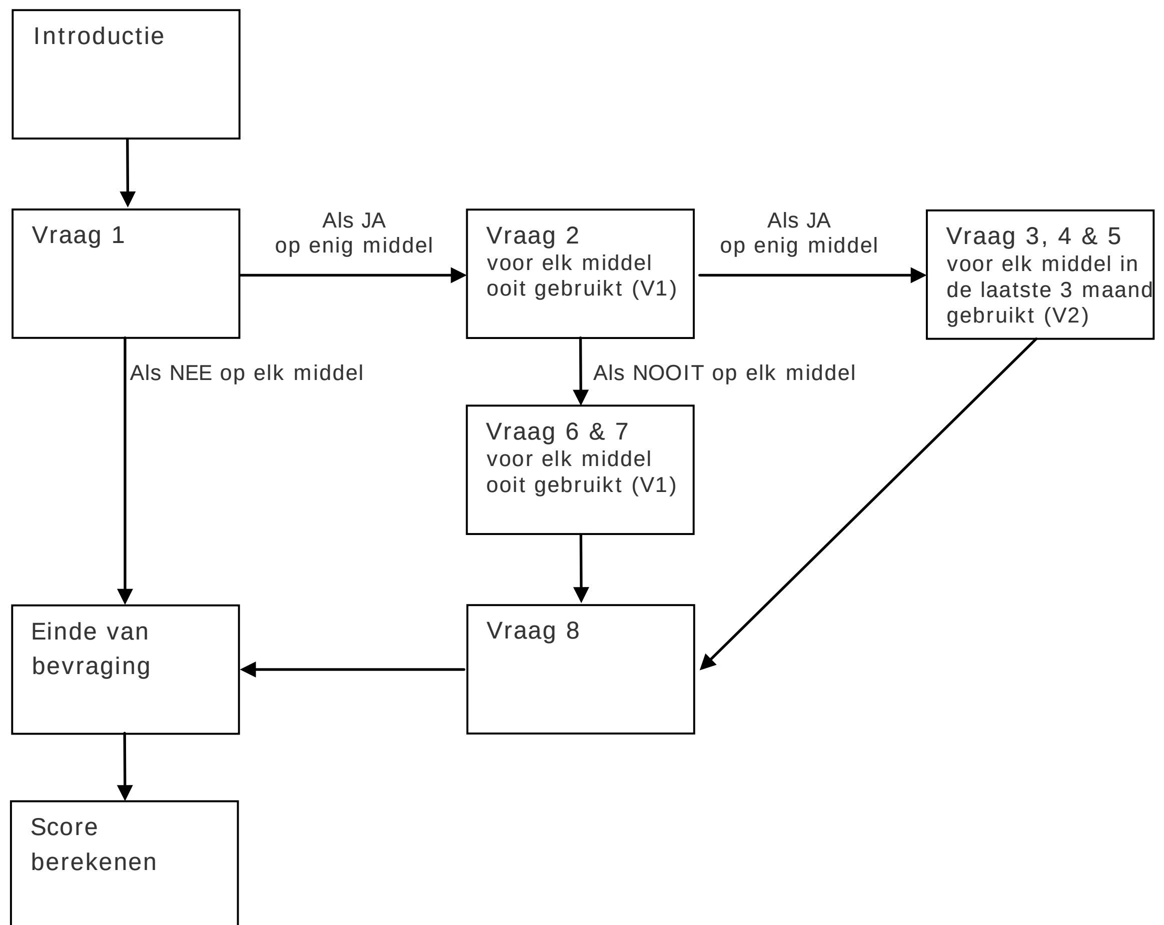
- Vraag 1: Herinner de cliënt eraan dat het gaat over alle niet-voorgeschreven middelengebruik (zie toelichting bij de introductie van de afname, p. 10). Noem hierbij zeker GHB (vaak 'vloeibare xtc' genoemd) en daarnaast ook andere middelen zoals khat, kava …
- Vraag 4: U kunt de cliënt vragen wat hij onder 'problemen' verstaat.
- Vraag 5: U kunt de cliënt vragen wat dit voor hem inhoudt 'wat normaal van u verwacht wordt'. U kunt dit toelichten op maat van de cliënt, bijvoorbeeld:
  - *'Met "Wat normaal van u verwacht wordt", wordt onder andere bedoeld op tijd aanwezig zijn op uw werk en eten maken voor jezelf en de kinderen.'*
  - *"Wat normaal van u verwacht wordt", betekent onder andere aanwezig zijn in het dagcentrum en meedoen met de activiteiten, eten maken voor uzelf …'*
- Vraag 7 gaat over de laatste mislukte poging om het gebruik te minderen of te stoppen, een aanwijzing van de mate van afhankelijkheid. Hierbij wordt geen rekening gehouden met gelukte stoppogingen. Als het de cliënt uiteindelijk gelukt is om zijn gebruik te veranderen, vraag dan naar de laatste mislukte poging: vond die plaats in de afgelopen drie maanden of eerder. De vraag kan indien nodig in stappen gesteld worden:
  - *'Hebt u ooit geprobeerd te stoppen of te minderen?'*
  - *'Is het gelukt?'*
  - *'Wanneer was de laatste keer dat u probeerde en het u niet gelukt is?'*

Ook het correct scoren van de frequentie van een bepaalde gebeurtenis is belangrijk. Met vraag 2 als voorbeeld:

- Nooit (score 0): de patiënt heeft het betreffende middel geen enkele keer gebruikt gedurende de afgelopen drie maanden (90 dagen/12 weken)
- Een of twee maal (score 2): de patiënt heeft het middel in totaal één of twee keer gebruikt in de afgelopen drie maanden.
- Maandelijks (score 3): de patiënt heeft het middel gemiddeld één tot drie keer per maand gebruikt in de afgelopen drie maanden, dus een totaal van drie tot negen keer in die drie maanden.
- Wekelijks (score 4): de patiënt heeft het middel gemiddeld één tot vier keer per week gebruikt in de afgelopen drie maanden.
- (Bijna) dagelijks (score 6): de patiënt heeft het middel gemiddeld vijf tot zeven dagen per week gebruikt in de afgelopen drie maanden.

Indien u werkt met een schriftelijke vragenlijst vul dan steeds alle antwoorden in, ook indien het middel niet gebruikt wordt (score '0'). Op deze manier vermijdt u achteraf fouten bij de berekening van de score. Een elektronische vragenlijst, waarbij de score automatisch wordt berekend is beschikbaar op de VAD-website (www.vad.be).

Figuur 1: Afname van de ASSIST



3. Het berekenen van de scores

Op basis van de antwoordscores kan per middel een risicoscore worden berekend.
De risicoscores per middel geven een inschatting van het gebruik gedurende de laatste drie maanden en (het risico op) eraan gerelateerde problemen. Een patiënt kan tot tien risicoscores hebben afhankelijk van hoeveel verschillende middelen hij gebruikt.

De risicoscores per middel worden berekend door de antwoorden op vragen 2-7 samen te tellen voor elk van de volgende drugcategorieën: alcohol, cannabis, cocaïne, stimulerende middelen type amfetamine, vluchtige snuifmiddelen, slaap- en kalmeringsmiddelen, hallucinogenen, opiaten en 'andere drugs' (zie Tabel 1 voor een voorbeeld). Voor tabak wordt de score op dezelfde manier berekend, maar zonder vraag 5, aangezien die niet van toepassing is bij tabaksgebruik.
De score voor elk middel wordt daarna genoteerd op de ASSIST-feedbackkaart (bijlage C).

Tabel 1: Voorbeeld: risicoscore berekenen voor cannabis

Een patiënt heeft de volgende antwoorden gegeven voor cannabis:

2c	Wekelijks	Score = 4
3c	Eén/ twee keer	Score = 2
4c	Maandelijks	Score = 3
5c	Eén/twee keer	Score = 2
6c	Ja, maar niet tijdens de laatste 3 maanden	Score = 3
7c	Nee, nooit	Score = 0
risicoscore cannabis		Totaal = 14

4. Het interpreteren van de scores

4.1. Risicoscores per middel

Tabel 2: Wat betekenen de risicoscores per middel?

Alcohol		Alle andere middelen	
0-10	Laag risico	0-3	Laag risico
11-26	Matig risico	4-26	Matig risico
27+	Hoog risico	27+	Hoog risico

Patiënten met een risicoscore van 3 of minder (10 of minder voor alcohol) lopen een laag risico op problemen door het betrokken middel. Omdat zij het middel slechts af en toe gebruiken **ondervinden ze momenteel geen problemen door hun gebruik en lopen een laag risico op** (gezondheids)problemen in de toekomst als zij hun huidige gebruikspatroon blijven aanhouden.

Scores in het middenbereik tussen 4 (11 voor alcohol) en 26 zijn een indicatie voor riskant of problematisch gebruik van dat middel. Patiënten met scores in dit middenbereik lopen een matig risico op problemen door hun huidige gebruikspatroon. Personen die eerder een middelenprobleem hadden, lopen een hoger risico.

Een score van 27 of hoger voor om het even welk middel is een aanwijzing dat de patiënt een hoog risico loopt op afhankelijkheid van dat middel en waarschijnlijk problemen heeft ten gevolge van zijn middelengebruik.

4.2. Injecterend gebruik

Vraag 8 vraagt naar het recent injecteren van middelen bij zichzelf. Het antwoord op vraag 8 wordt niet inbegrepen in de berekening van de risicoscores per middel, maar als een aparte risicofactor beoordeeld.
Bij injecterend gebruik tijdens de laatste drie maanden dient u het gebruiks- en injectiepatroon in de afgelopen drie maanden verder te bevragen om de risico's te beoordelen.

Patiënten die zich meer dan eens per week inspuiten of die gedurende drie of meer opeenvolgende dagen drugs hebben ingespoten, lopen een zeer hoog risico op schadelijke gevolgen, waaronder afhankelijkheid, infecties en het oplopen van door bloed overgedragen virale aandoeningen zoals hiv/aids en hepatitis B en C. Zij hebben een intensievere behandeling nodig. Deze patronen van injecterend druggebruik wijzen op een afhankelijkheid voor heroïnegebruikers (meer dan wekelijks) en amfetamine-/cocaïnegebruikers (meer dan drie opeenvolgende dagen).
Patiënten die minder frequent injecterend drugs gebruiken, lopen minder risico en kunnen een kortdurende interventie krijgen. Telkens dient u echter een klinische beoordeling te maken over de meest geschikte interventie op basis van de informatie waarover u op dat ogenblik beschikt.
Het is steeds belangrijk om deze patiënten informatie te geven over hoe ze hun risico's kunnen beperken (zie bijlage D).

Deel III Kortdurende interventie bij de ASSIST

In dit deel bekijken we hoe u de screeningsscore kunt terugkoppelen naar de patiënt en een kortdurende interventie kunt doen.

We bespreken hoe u:

- de interventie afstemt op de screeningsscore;
- de patiënt feedback geeft over zijn resultaten;
- een kortdurende interventie uitvoert voor patiënten met een beperkt risico;
- informatie en zelfhulp voor patiënten aanbrengt;
- de manier waarop u deze interventies uitvoert zodat u de motivatie bij de patiënt om zijn gebruik te veranderen bevordert.

1. De interventie afstemmen op de screeningsresultaten

Nadat de risicoscores per middel zijn berekend, dient de interventie afgestemd te worden op het risiconiveau van de patiënt.

Tabel 2: Wat betekenen de risicoscores per middel?			
Alcohol		Alle andere middelen	
0-10	Laag risico	0-3	Laag risico
11-26	Matig risico	4-26	Matig risico
27+	Hoog risico	27+	Hoog risico

Alle patiënten dienen feedback en informatie te krijgen over hun scores en geïnformeerd te worden over de risico's die ze eventueel lopen door hun gebruik. Dit is het minimumniveau van interventie voor alle patiënten.

Voor patiënten die in het laagrisiconiveau scoren, is feedback en informatie geven voldoende. Patiënten met een laag risico of niet gebruikende patiënten kunnen aangemoedigd worden om dit vol te houden. De hulpverlener kan hen informatie geven over de middelen die ze al gebruikt hebben zodat ze de mogelijke risico's kennen.

Patiënten met een ASSIST-score in het matigrisiconiveau (risicoscore tussen 11 en 26 voor alcohol en tussen 4 en 26 voor andere middelen), krijgen een kortdurende interventie. Ook personen die in de afgelopen drie maanden minder dan een keer per week en nooit gedurende drie of meer opeenvolgende dagen drugs hebben ingespoten, kunnen een kortdurende interventie krijgen. U kunt hen best de informatiekaart 'Risico's van injecterend gebruik' meegeven.
Uitzondering: patiënten kunnen een score 6 halen (matig risico) en in de afgelopen drie maanden het middel niet gebruikt hebben. Dit kan doordat de patiënt op vraag 6 en 7 telkens 3 scoort omwille van vroegere problemen. In dit geval is een volledige kortdurende interventie niet nodig. Geef de patiënt feedback over de score en leg uit dat hij een verhoogd risico loopt omwille van het vroegere gebruik, maar feliciteer hem met de volgehouden abstinentie.

Patiënten met een risicoscore van 27 of meer voor een middel en/of die regelmatig drugs hebben ingespoten tijdens de laatste drie maanden lopen een hoger risico op afhankelijkheid en hebben meer nodig dan enkel een kortdurende interventie. Deze personen hebben een verder assessment en een intensievere begeleiding nodig. Afhankelijk van hoe u of uw dienst uw rol afbakent, kunt u hen zelf verder begeleiden of hen doorverwijzen naar de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening.

Tabel 3 geeft het geschikte niveau van interventie aan voor elke ASSIST-score.

Tabel 3: De ASSIST-scores en de geschikte interventie

Tabak	
Risicoscores 0-3	→ feedback en informatie
Scores 4-26	→ feedback en kortdurende interventie
Scores 27+	→ feedback en intensievere behandeling#
Alcohol	
Scores 0-10	→ feedback en informatie
Scores 11-26	→ feedback en kortdurende interventie
Scores 27+	→ feedback en intensievere behandeling#
Andere middelen	
Scores 0-3	→ feedback en informatie
Scores 4-26	→ feedback en kortdurende interventie
Scores 27+	→ feedback en intensievere behandeling#
Recent intraveneus druggebruik (vraag 8)	
Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden	→ informatie
Ja, in de afgelopen 3 maanden + occasioneel gebruik*	→ kortdurende interventie
Ja, in de afgelopen 3 maanden + regelmatig gebruik*	→ intensievere behandeling#

Doorverwijzing voor verdere assessment en intensievere begeleiding naar de alcohol- en drughulpverlening of eventueel zelf op te nemen.
* Occasioneel injecteren = gemiddeld 4 dagen per maand of minder, tijdens de laatste 3 maanden.
Regelmatig injecteren = gemiddeld meer dan 4 dagen per maand, tijdens de laatste 3 maanden.

Vraag 8 van de ASSIST vraagt naar het recent injecteren van middelen. Hoewel de score van vraag 8 niet is inbegrepen in de berekening van de risicoscores, lopen patiënten die zich meer dan eens per week inspuiten of die gedurende drie of meer opeenvolgende dagen drugs hebben ingespoten, een veel hoger risico op problemen zoals afhankelijkheid, infecties en virusbesmetting door bloedoverdracht. Zij hebben een intensievere behandeling nodig. Patiënten die zich minder frequent inspuiten, lopen minder risico en kunnen een kortdurende interventie krijgen.

Dit zijn richtlijnen voor de meest geschikte interventie gebaseerd op risicoberekening. Ze berusten op patronen van injecterend druggebruik die wijzen op een evolutie naar verslavend gebruik van heroïne (meer dan wekelijks) en amfetamine/cocaïne (meer dan drie opeenvolgende dagen). Gezondheidsexperten zullen echter een medische beoordeling moeten uitvoeren over de meest geschikte behandeling gebaseerd op de informatie waarover ze op dat ogenblik beschikken.

Tabel 4: ASSIST-score koppelen aan de geschikte interventie

Laag risico	Matig risico	Hoog risico
Feedback en Informatie	Feedback en Kortdurende Interventie	Feedback en Intensievere behandeling

De ASSIST Feedbackkaart (bijlage C) is een handig instrument om feedback te geven en kan ook dienen als inleiding tot het advies. De risicoscores voor elk middel staan in de vakken vooraan op de kaart. De andere pagina's bevatten informatie over specifieke risico's verbonden aan elk middel opgenomen in de ASSIST. Er is plaats voorzien voor de behandelaar of de patiënt om een vakje aan te vinken dat het risico op problemen aanduidt dat de patiënt loopt voor elk middel.

2. Basiselementen van de interventie

De manier waarop de interventie gebeurt zal beïnvloeden hoe de patiënt erop reageert. Onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende interventies voor middelengebruik heeft uitgewezen dat ze een aantal consistente elementen bevatten die bijdragen tot deze effectiviteit.

Tabel 5: FRAMES

Deze elementen worden samengevat met het acroniem FRAMES:
- Feedback (feedback)
- Responsibility (verantwoordelijkheid)
- Advice (advies)
- Menu of options (keuzemogelijkheden)
- Empathy (empathie)
- Self efficacy (persoonlijke effectiviteit)

Een aantal van deze kenmerken (empathie, persoonlijke effectiviteit, verantwoordelijkheid en keuzemenu) zijn ook verbonden met de basisprincipes van motiverende gespreksvoering, een gespreksstijl ontwikkeld voor het bevorderen van de interne motivatie voor gedragsverandering.[5]

FRAMES

Feedback
Het geven van persoonlijke feedback is een sleutelelement van kortdurende interventies. Feedback kan aan de hand van de ASSIST gepersonaliseerd worden gegeven. Men geeft informatie over het individuele druggebruik, informatie over persoonlijke risico's verbonden aan het huidige gebruikspatroon, en algemene informatie over de risico's en gevaren als gevolg van middelengebruik. Indien de huidige klacht van de patiënt te maken heeft met middelengebruik is het belangrijk om de patiënt te informeren over dit verband als deel van de feedback. Feedback kan ook een vergelijking inhouden tussen de gebruikspatronen en -problemen van de patiënt en gebruikspatronen en problemen die gemiddeld voorkomen bij personen van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht. Op die manier kan de patiënt zijn beeld over 'de norm' bijstellen.
Bij het geven van informatie is het belangrijk de patiënt zelf conclusies te laten trekken.

[5] Meer informatie over motiverende gespreksvoering kan u vinden op www.vad.be/hethuis.

'Herken je dit? Wat betekent dit voor jou? Wat vind je daarvan?'

Verantwoordelijkheid
Een belangrijk principe bij het behandelen van middelengebruikers is het erkennen dat ze verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag en dat ze keuzes kunnen maken over hun middelengebruik. De boodschap *'Wat je met je middelengebruik doet is jouw beslissing'* en *'Niemand kan je veranderen of voor jou beslissen'* laat de patiënt de persoonlijke controle over zijn gedrag en de gevolgen ervan behouden. Dit gevoel van controle is een belangrijk element gebleken bij de motivatie voor verandering en het afbouwen van weerstand[6].

Advies
Een ander sleutelelement van effectieve kortdurende interventies is het geven van duidelijk advies over de nadelen verbonden aan gebruik. Patiënten zijn zich vaak niet bewust dat hun huidige patroon van middelengebruik zou kunnen leiden tot gezondheids- of andere problemen of dat het bestaande problemen zou kunnen verergeren. Duidelijk advies dat het verminderen of stopzetten van het middelengebruik hun risico's op toekomstige problemen zal verminderen, vergroot het bewustzijn over hun persoonlijke risico's en de motivatie om hun gedrag te veranderen.

Keuzemogelijkheden voor gedragsverandering
Effectieve kortdurende interventies bieden de patiënt een aantal alternatieve strategieën om het middelengebruik af te bouwen of te stoppen. Zo kan de patiënt de strategie uitkiezen die het meest geschikt is voor zijn situatie en die hij het nuttigst vindt. Het voorzien van keuzemogelijkheden versterkt het gevoel van persoonlijke controle en verantwoordelijkheid voor het veranderen en kan helpen de motivatie van de patiënt te vergroten.
Voorbeelden van opties waaruit patiënten kunnen kiezen zijn:

- een dagboek bijhouden over het middelengebruik (waar, wanneer, hoeveel, met wie, waarom);
- grenzen betreffende het middelengebruik voor zichzelf opstellen;
- het geld opzij leggen dat ze normaal zouden uitgeven aan middelen;
- risicosituaties leren herkennen en strategieën om ze te vermijden;
- andere activiteiten dan druggebruik zoeken zoals hobby's, sport, clubs, fitness enz.;
- mensen aanspreken die hen zouden kunnen steunen en helpen bij de veranderingen die ze willen maken, dit zijn best geen gebruikers;
- zelfhulpboekjes, online zelfhulp of zelfhulpgroepen;
- verdere gesprekken over het middelengebruik;
- gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening.

Empathie
Een warme, empathische en begrijpende benadering door de persoon die de interventie doet, is zeer belangrijk. Uit onderzoek blijkt dat een warme en empathische aanpak een belangrijke factor is voor de reactie van de patiënt op de interventie en dat dit leidt tot verminderd middelengebruik[7].

Persoonlijke effectiviteit (vertrouwen)
Het laatste element van de kortdurende interventie bestaat erin het vertrouwen van de patiënt te versterken dat hij in staat is om te veranderen. Personen die geloven dat ze kunnen veranderen zullen daartoe veel meer in staat zijn dan diegenen die zich te machteloos of hulpeloos voelen om iets te ondernemen. Het is vooral nuttig om persoonlijke 'verandertaal' van patiënten uit te lokken, aangezien ze veel meer geneigd zijn te geloven wat ze zichzelf horen zeggen.

---

[6] Bien, T.H., 1993
[7] Miller, W., 2002

3. Feedback en informatie bij laagrisicoscore

Wanneer u een patiëntenpopulatie screent, zullen de meeste patiënten ASSIST-scores in het laagrisicobereik hebben voor alle middelen (zie Tabel 2, p. 17, voor de scores voor elk middel). Deze personen hebben geen interventie nodig om hun middelengebruik te veranderen. Zij krijgen wel feedback over hun resultaten en informatie. Het geven van algemene informatie over alcohol en andere drugs aan laagrisicogebruikers is zinvol om verschillende redenen:

- Het verhoogt het kennisniveau over de risico's van alcohol- en ander middelengebruik.
- Het moedigt laagrisicogebruikers aan hun huidig gedragspatroon te behouden.
- Het kan patiënten met een verleden van riskant gebruik wijzen op de risico's verbonden aan terugval.
- Patiënten kunnen informatie doorgeven aan vrienden of familieleden die wel middelen gebruiken. Dit kan hen aanzetten om hierover een gesprek met hun huisarts aan te gaan.

Hoe kan het gesprek verlopen?

- Geef feedback over de ASSIST-scores en risiconiveau. Bijvoorbeeld:

  'Deze kaart toont de resultaten van de ASSIST-vragenlijst. De vragen gingen over je middelengebruik en of je daardoor problemen hebt ondervonden. (Toon de patiënt de eerste pagina van de ASSIST-feedbackkaart.) Je ziet dat je een laagrisicoscore hebt voor alle middelen. (Sla de pagina van de verslagkaart om, om de patiënt de lijsten met problemen van middelengebruik te tonen.) Dit betekent dat je waarschijnlijk geen problemen zult ondervinden als je je huidige gedragspatroon verderzet.'

- Benadruk dat wat hij doet zijn verantwoordelijkheid is en moedig hem aan om niet méér te gaan gebruiken.

- Vraag of hij verdere informatie wenst over drugs voor zichzelf of voor anderen in zijn omgeving. Geef de patiënt de feedbackkaart mee naar huis, samen met andere informatie, als hij die wenst.

- Vertel de patiënt dat hij steeds bij u terechtkan met vragen. U kunt ook de gegevens van hulplijnen meegeven: De DrugLijn (078/15 10 20 en www.druglijn.be) en de Tabakstop Lijn (0800 111 00 en www.tabakstop.be). Hier kan de cliënt anoniem terecht voor informatie en hulp.

4. Kortdurende interventie bij matigrisicoscore

Personen met een ASSIST-score binnen het matigrisicobereik voor een of meerdere middelen, krijgen een kortdurende interventie (zie Tabel 2, p. 17, voor de scores voor elk middel). Ook patiënten die de afgelopen drie maanden occasioneel drugs hebben ingespoten, krijgen een kortdurende interventie.
Kortdurende interventies moeten flexibel zijn en rekening houden met het risiconiveau van de patiënt, specifieke problemen, zijn bereidheid om te veranderen en de beschikbare tijd. Als het u gepast lijkt, kunt u de patiënt vragen om terug te komen voor een volgende afspraak om zijn middelengebruik meer in detail te bespreken. Dit kan gebeuren als er weinig tijd is, als u bezorgd bent om het middelengebruik en problemen van de patiënt, of als de patiënt iets aan zijn gebruik wil doen. Indien nodig kan de interventie gespreid worden over een aantal consultaties.

De onderstaande kortdurende interventie duurt tussen drie en vijftien minuten, afhankelijk van het aantal producten dat de patiënt gebruikt. Deze aanpak werd ontwikkeld voor gezondheidswerkers zonder specifieke training in motiverende gespreksvoering of kennis van de specifieke behandeling van middelengebruik.

4.1. Een kortdurende interventie in tien stappen

De kortdurende interventie bestaat uit tien stappen. In deze stappen herkent u de elementen FRAMES.

Tabel 6: Een kortdurende interventie in tien stappen

1. **Vraag** de patiënt of hij geïnteresseerd is in de scores op de vragenlijst.
2. Geef met behulp van de feedbackkaart **gepersonaliseerde feedback.**
3. Geef **advies** over het terugdringen van de risico's van het middelengebruik.
4. Laat de **verantwoordelijkheid** van de gemaakte keuzes bij de **patiënt**.
5. Vraag de patiënt hoe **bezorgd** hij is over de scores.
6. Weeg de **voordelen** van het gebruik af tegen…
7. …de **nadelen** van het gebruik.
8. **Reflecteer en vat samen** wat de patiënt heeft gezegd, met de nadruk op de nadelen van het gebruik.
9. Vraag de patiënt hoe **bezorgd** hij is over de **nadelen**.
10. Geef de patiënt **folders en zelfhulpmateriaal** mee.

STAP 1 Vraag de patiënt of hij geïnteresseerd is in de resultaten van de ASSIST

Een goede manier om de kortdurende interventie in te leiden is:

'Hebt u interesse om de score te bespreken die u op de vragenlijst behaalde?'

Deze vraag creëert een opening voor de kortdurende interventie. Door de vraag zo te stellen kan de patiënt kiezen wat er verder gebeurt en zal de weerstand afnemen. Een positief antwoord geeft u als gezondheidswerker de toelating om de risico's van het middelengebruik te bespreken. Meestal zullen patiënten hierop in willen gaan. Indien patiënten niet wensen in te gaan op dit aanbod, respecteert u de keuze van de patiënt. U geeft aan dat de patiënt steeds op een later tijdstip het thema met u mag bespreken.

U vult de ASSIST-scores voor elk middel in op het voorblad van de feedbackkaart. Op de volgende drie bladzijden kunt u de risicoscore per middel aankruisen (laag – matig – hoog). In bijlage C vindt u de feedbackkaart terug, deze wordt best afgedrukt op A3-formaat en dubbelgevouwen.

De ASSIST-feedbackkaart wordt gebruikt tijdens de consultatie om feedback te geven, en wordt op het einde van de consultatie aan de patiënt meegegeven.

STAP 2 Geef met behulp van de feedbackkaart gepersonaliseerde feedback

Met behulp van de feedbackkaart kunt u objectieve en gepersonaliseerde feedback geven aan uw patiënt. De kaart wordt best zo gehouden dat de patiënt kan meelezen. U geeft in twee delen feedback, eerst geeft u feedback over de scores en het eraan verbonden risiconiveau. Deze informatie vindt u op het voorblad van de feedbackkaart.

U overloopt per gebruikt product de score en vertelt de patiënt of hij een laag, matig of hoog risico loopt voor dit product. Hierna licht u toe wat een matig of hoog risico betekent. Dit kunt u doen door de definities te overlopen onderaan de eerste pagina van de feedbackkaart. Een voorbeeld:

'Uw score voor cannabis is 18, dit is een matige risicoscore. Een matig risico wil zeggen dat uw huidig gebruikspatroon kan leiden tot gezondheids- en andere problemen.'

Het tweede deel van de feedback bestaat uit het bespreken van de mogelijke risico's per product. Focus eerst op de hoogste score(s). De informatie voor het tweede deel van de feedback vindt u in de negen vakken van de feedbackkaart (pagina's 2, 3 en 4 zie bijlage C). Elk vak geeft een lijst van mogelijke gevolgen voor het gebruik van deze middelen. Ze worden opgelijst van minst tot meest ernstige risico's. De feedback bestaat erin de lijst samen met de patiënt te overlopen en toelichting te geven indien nodig. Ook nu houdt u de feedbackkaart zo dat de patiënt mee kan volgen. Een voorbeeld van gepersonaliseerde feedback is:

'Gezien uw matig risicoscore voor cannabis, zijn de mogelijke gevolgen van uw huidig gebruik problemen met concentratie en motivatie, angst, achtervolgingswaanzin, paniek, depressie, verminderde geheugenactiviteit en bekwaamheid tot probleemoplossing, hoge bloeddruk, astma, bronchitis, en, zoals u ziet, zijn de zwaarst mogelijke gevolgen psychosen, hartziekten en chronische luchtwegaandoeningen en kankers.'

Per gebruikt product met een matig of hoog risico overloopt u de mogelijke risico's.

STAP 3 Geef advies over het terugdringen van de risico's van het middelengebruik

Advies geven aan patiënten over hun middelengebruik doen we door de link te leggen tussen het gebruik en de risico's hiervan. Patiënten zijn zich dikwijls niet bewust van de potentiële risico's die aan het gebruik verbonden zijn. In deze stap geven we hierover advies. Een voorbeeld:

'De beste manier om het risico op deze gevolgen te verlagen, is uw gebruik van (noem de drug) te verminderen of te stoppen.'

Let ervoor op dat u niet veroordelend of subjectief te werk gaat in het geven van advies. U kunt beter **geen** advies geven in de zin van: *'Je moet absoluut iets doen aan je druggebruik.'* of '*Ik ben bezorgd over jouw cannabisgebruik.'* Patiënten kunnen zich hierdoor beschaamd, veroordeeld, bekritiseerd of kwaad voelen waardoor ze in de weerstand gaan tegen verandering.
Op een objectieve manier advies geven, zorgt ervoor dat de patiënt de juiste informatie krijgt om zelf een beslissing te nemen in een neutrale, ondersteunende omgeving.

STAP 4 Laat de verantwoordelijkheid van de gemaakte keuzes bij de patiënt.

Een belangrijke motiverende factor in een veranderingsproces is de persoonlijke keuzevrijheid. U benoemt dit best uitdrukkelijk tijdens de kortdurende interventie, hierdoor zal de weerstand afnemen. Het beste moment om het hierover te hebben is nadat u feedback en advies gegeven hebt. U kunt de eigen verantwoordelijk bijvoorbeeld als volgt benoemen:

'Wat u met deze informatie doet, is helemaal uw verantwoordelijkheid… ik wil u enkel inlichten over de mogelijke gevolgen van uw huidig gebruik.'

Het bovenstaande voorbeeld moedigt de patiënt aan om de eigen verantwoordelijkheid op te nemen, en benadrukt nogmaals het verband tussen het gebruik en mogelijk nadelige gevolgen.

STAP 5 Vraag de patiënt hoe bezorgd hij is over de score.

We doen dit door het stellen van een open vraag. Dit geeft de patiënt de mogelijkheid om na te denken over het gebruik en dit zelf onder woorden te brengen. Het stellen van open vragen in deze context werkt motiverend, het kan zijn dat de patiënt nog nooit zijn bezorgdheden over het gebruik heeft geuit. Het zelf onder woorden brengen van de bezorgdheid wordt in de literatuur beschreven als een zeer belangrijke factor om gedragsverandering op gang te brengen (Miller, 2002). Een voorbeeld:

Ga terug naar het voorblad van de feedbackkaart en vraag:'Hoe bezorgd bent u over de score voor (product)?'

STAPPEN 6 en 7 Laat de voordelen en nadelen van gebruik tegen elkaar afwegen.

Het laten afwegen van voor- en nadelen van gebruik is een standaardtechniek in motiverende gespreksvoering. Door de voor- en nadelen te benoemen, kan de patiënt discrepantie ontdekken tussen zijn gedrag en voor hem belangrijke waarden en doelen. Het kan de eerste maal zijn dat de patiënt deze afweging maakt. Dit is een belangrijke stap naar gedragsverandering. Het is belangrijk om zowel naar de positieve als naar de negatieve effecten van het gebruik te vragen. Door eerst naar de positieve effecten te vragen wordt de weerstand minder. De bevraging van de positieve kanten van het gebruik heeft tevens het voordeel dat we de functie van het gebruik in kaart kunnen brengen. Dit is belangrijk bij het verminderen of stopzetten van het gebruik, gezien

de patiënt hiervoor een alternatief zal moeten hebben. Bijvoorbeeld ontspannen door te gaan sporten in plaats van door het gebruik van cannabis of alcohol.

Ook hier gebruikt u best open vragen, een voorbeeld:

'Wat zijn de leuke kanten van het gebruik van (product)?'

Nadat de patiënt de positieve kanten van het gebruik heeft toegelicht, vraagt u naar de minder positieve kanten van het gebruik. Bijvoorbeeld:

'Wat zijn de minder goede ervaringen met het gebruik van (product) voor u?'

Indien de patiënt de minder goede ervaringen met zijn gebruik moeilijk onder woorden kan brengen, kunt u hem helpen door de antwoorden die de patiënt gaf bij de afname van de ASSIST (vraag 4) in herinnering te brengen, of door open vragen te stellen over volgende onderwerpen:

- gezondheid (fysische en psychische);
- sociaal (relatie met de partner, familie, vrienden, collega's van het werk);
- juridisch (ongevallen, contacten met politie, rechtbank, het rijden onder invloed);
- financieel (impact op het persoonlijk budget);
- werk of studie (problemen op het werk of met de studie);
- psychisch (verlaagd zelfwaardegevoel, schuldgevoelens ...).

STAP 8 Reflecteer en vat samen wat de patiënt heeft gezegd, met de nadruk op de nadelen van het gebruik.

Het reflecteren van wat de patiënt gezegd heeft over de voor- en nadelen van gebruik, door middel van een samenvatting, is een effectieve manier om de ervaringen van de patiënt te erkennen en gedragsverandering voor te bereiden. Wanneer de patiënt het gevoel heeft dat u geluisterd hebt, zal hij sneller de informatie en het advies overwegen. Door te reflecteren en samen te vatten, hebt u tevens de mogelijkheid om de minder goede aspecten van het gebruik op een veilige manier te benadrukken.

Een voorbeeld van het reflecteren van de voor- en nadelen voor de patiënt, met de nadruk op de nadelen:

'U drinkt graag alcohol omdat het u helpt om te ontspannen en de eerste glazen maken u spraakzamer en geven u wat meer vertrouwen… U hebt het echter moeilijk om na enkele glazen te stoppen met drinken. U belandt dan in discussies en doet of zegt dingen die u zich de dag nadien beklaagt. Zo belandde u vorige week op de spoeddienst omdat u gewond raakte in een vechtpartij…'

STAP 9 Vraag de patiënt hoe bezorgd hij is over de nadelen.

Deze open vraag lijkt sterk op de vijfde stap over de bezorgdheid over de ASSIST-score. Deze vraag is weliswaar vergelijkbaar, maar heeft als doel de veranderingsbereidheid te verhogen. Indien de tijd beschikbaar is, kunt u in een volgende consultatie op deze vraag terugkomen. Een voorbeeld:

'Maakt u zich zorgen over de minder goede kanten van uw gebruik? Waar maakt u zich zorgen over?'

STAP 10 Geef de patiënt folders en zelfhulpmateriaal mee.

Geef de patiënt de ingevulde feedbackkaart mee. U kunt best ook nog wat extra materiaal meegeven zoals folders over de middelen die de patiënt gebruikt of zelfhulpboekjes. De schriftelijke informatie kan de effecten van de kortdurende interventie bij de patiënt consolideren, en kan tevens dienen als een secundaire interventie naar gebruikende vrienden of familieleden van de patiënt.
Geef ook de Informatiekaart 'Risico's van intraveneus gebruik' mee, indien van toepassing.

De ingevulde ASSIST-feedbackkaart is voor de patiënt een geheugensteun voor risico's en mogelijke gevolgen. Op deze kaart is tevens informatie terug te vinden over producten die tijdens de kortdurende interventie niet aan bod kwamen, maar die hij misschien gebruikt.

Voor informatie of patiëntenfolders kunt u terecht in de VAD-catalogus. U kunt binnen de catalogus gratis patiëntenfolders downloaden per product of folders en ander materiaal bestellen. In de zoekfunctie geeft u het product op waarover u informatie zoekt en krijgt u al het beschikbaar materiaal.

1. Zelftests en zelfhulpmateriaal voor patiënten zijn terug te vinden op http://www.druglijn.be/thema/te-veel.aspx U kunt uw patiënt (of zijn omgeving) voor bijkomende informatie doorverwijzen naar De DrugLijn: 078/15 10 20. De Druglijn is elke werkdag telefonisch bereikbaar van 10-20 uur. De DrugLijn kan men tevens 24/24 contacteren per mail, dit via de website www.druglijn.be.

   Patiënten met een tabaksprobleem kunnen terecht bij de Tabakstop Lijn (0800 111 00 en www.tabakstop.be) of bij de online zelfhulpmodule http://www.rookstopcoach.be/.

De folders en het ander materiaal gaan best gepaard met een korte toelichting over de inhoud van het materiaal. U brengt dit best zo neutraal mogelijk en laat de patiënt de keuzevrijheid over het al dan niet verderzetten van het gebruik. U kunt bijvoorbeeld dit zeggen:

'Wat u met uw gebruik doet, is uw eigen keuze. Mocht u echter beslissen om minder te gaan gebruiken of niet meer te gebruiken kunt u steeds bij mij terecht. Sommige mensen zijn ook geholpen met zelfhulp op het internet of hebben nood aan verdere ondersteuning. Hiervoor kunt u terecht bij De DrugLijn. (geef de informatie: 078/15 10 20 of www.druglijn.be) Hebt u verder nog vragen voor mij?'

Afronden van de kortdurende interventie

Spoor de patiënt aan om op eender welk moment in de toekomst terug te keren en zijn middelengebruik te bespreken indien hij dat wenst.

Beëindig de sessie. Bespreek het middelengebruik wanneer de patiënt een volgende afspraak maakt om andere gezondheidsproblemen te bespreken.

Een aantal patiënten zal voor meerdere middelen een matigrisicoscore hebben. De basis van de interventie blijft voor deze groep hetzelfde maar we herhalen enkele stappen.

4.2. Kortdurende interventie bij occasioneel injecterend gebruik

De informatiekaart risico's van injecterend gebruik vindt u terug in bijlage D. Deze kaart geeft u mee met patiënten die de laatste drie maanden drugs inspoten. Ze bevat de risico's die verbonden zijn aan het injecteren van drugs en bevat ook schadebeperkende boodschappen voor patiënten die ervoor kiezen om verder injecterend te gebruiken.

5. Wat te doen met hoogrisicogebruikers of frequent injecterende gebruikers?

Patiënten die in het hoogrisicobereik scoren (27 of hoger) voor om het even welk middel en/of de laatste drie maanden regelmatig drugs geïnjecteerd hebben (gemiddeld meer dan vier dagen per maand), hebben een verdere assessment en verdere begeleiding nodig. Dit kan gaan om een behandeling binnen de eerstelijnszorg, zoals farmacotherapie of langere counseling, of over een behandeling in de alcohol- en drughulpverlening. Voor contactgegevens van de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening kunt u terecht op de website van iDA:
http://www.ida-nl.be/doorverwijsgids.aspx of bij De DrugLijn (078/15 10 20).
Voor contactgegevens met betrekking tot rookstop kunt u terecht op
http://www.vigez.be/rookstopaanbod of bij de Tabakstop Lijn (0800 111 00).

De kortdurende interventie, zoals hierboven beschreven kan gebruikt worden om patiënten te motiveren om verdere behandeling te aanvaarden. U kunt best eveneens het materiaal (feedbackkaart, folders, zelfhulpmateriaal en het nummer van De DrugLijn en eventueel hulpverlening in de regio) meegeven aan de patiënt.

Een doorverwijzing wordt best goed voorbereid, doorverwijzen is immers meer dan een aantal adressen geven. Verwijzen maakt integraal deel uit van het begeleidingsproces. Het is belangrijk dat de patiënt niet het gevoel krijgt door u te worden afgewezen. Maak daarom de patiënt duidelijk waarop het verwijsadvies gebaseerd is. Bijvoorbeeld:

'Ik maak me zorgen over je gebruik en ik kan je daar helaas niet in verderhelpen. Ik heb echter het gevoel dat je misschien wel wat extra hulp kunt gebruiken. Is het goed dat we samen eens overlopen wat de mogelijkheden zijn? Het spreekt voor zich dat ik je ook zal blijven ondersteunen en begeleiden.'

Informeer hem over het reilen en zeilen van de hulpverlenende instanties. U kunt best zelf op voorhand contact opnemen met de instanties waarnaar u wilt verwijzen en vragen op welke manier en binnen welke termijn uw patiënt zich zou kunnen aanmelden. Tevens hebt u best een duidelijk zicht op de gehanteerde doelstellingen en de manier van werken. Bekijk of het nodig is om samen met de patiënt een afspraak te maken, dit kan ondersteunend zijn.

De centrale doelstelling van de hulpverlening bij problematisch middelengebruik is het bevorderen van de levenskwaliteit op het vlak van lichamelijke en psychische gezondheid en van sociaal welzijn, met respect voor de autonomie van de patiënt. Gezien de complexiteit van de middelenproblematiek is een snelle en definitieve oplossing niet steeds realistisch. Hulpverlening bij ernstig problematisch middelengebruik en afhankelijkheid is vaak een langdurig proces dat verschilt van patiënt tot patiënt. Het tijdstip van de interventie, de hulpvraag, de hulpverleningsgeschiedenis, de mogelijkheden en de motivatie en doelstellingen van de patiënt bepalen welke interventies het meest aangewezen zijn. Er is dan ook geen standaardbehandeling voorhanden. In de loop van het behandelingsproces hebben verschillende interventies hun plaats,

vaak aangeboden door verschillende instanties. Indien u wegwijs wil worden in de drughulpverlening raadpleeg dan de doorverwijsgids op www.ida-web.be of download deze gids.[8]

Na de doorverwijzing zit uw taak er niet op, uw **ondersteuning** van de patiënt blijft van groot belang. Hij staat immers voor een grote uitdaging. Er wordt hem gevraagd naar zichzelf, zijn gedrag en zijn leven te kijken (iets wat voor iedereen, ook voor mensen zonder middelenproblemen, moed vergt). Hij moet geleden verliezen of mislukkingen verwerken. En bovendien moet hij ook op heel wat terreinen nieuw gedrag aanleren en uitproberen.

TIPS:

- **Volg het verloop en het resultaat van de verwijzing en de behandeling met veel interesse en medeleven op**: vraag regelmatig naar de stand van zaken, de vorderingen, de gevoelens, de knelpunten. Luister en reflecteer.

- **Bewaak de motivatie.** Beklemtoon bij een terugval dat dit een leermoment is, waardoor men geleerd heeft en weer verder kan.

- **Bevraag ook hoe het thuisfront**, de werkomgeving enzovoort de nieuwe inspanningen opneemt en waardeert. Enkele voorbeelden:
  Merkt je omgeving dat er iets veranderd is?
  Hoe reageren ze?
  Werken de reacties belonend of ontmoedigend?

- **Kader de reacties** van de omgeving, bijvoorbeeld:
  Ook je gezin heeft tijd nodig om zich aan te passen en weer vertrouwen in je te krijgen.

[8] http://www.vad.be/media/26028/wegwijs%20in%20de%20drughulpverlening.pdf

In het kader van de **voortgezette zorg** na een behandeling in een alcohol- en drugspecifieke setting hebt u als gezondheidswerker eveneens een belangrijke rol te vervullen bij het helpen behouden en generaliseren van de geleerde vaardigheden en bij het ondersteunen van de maatschappelijke integratie.

TIPS:

- **Bevorder het verkrijgen van steun door de omgeving** (gezin, vrienden, andere steunfiguren) voor het behoud van het nieuwe gedrag.

- **Stel u actief op als uw patiënt niet komt opdagen**: bel hem dezelfde dag nog op!

- De overgang van een gestructureerde behandeling naar een minder gestructureerd leven is voor veel mensen een moeilijke periode. **Wees dus voorbereid op terugval**. Beschouw een eenmalige uitschuiver of een terugval (terug naar het oude gedragspatroon) als een crisissituatie: overloop de vaardigheden die uw patiënt geleerd heeft om terugval te voorkomen en er positief mee om te gaan. Werk samen een concreet plan uit dat bij ieder voorval, afhankelijk van de ervaringen, steeds kan aangepast worden:

    - Bekijk met de patiënt wie **aanspreekpunt** is tijdens crisissituaties.
    - Beklemtoon dat terugval een onderdeel van het **leerproces** is. Maak duidelijk dat u het fijn zou vinden dat hij de gesprekken niet afbreekt omwille van schaamte of schuldgevoelens. Werken aan een positief vertrouwensklimaat is dan ook cruciaal!

- **Focus niet alleen op het middelenprobleem**, maar sta ook stil bij de andere levensgebieden: hoe functioneert de patiënt thuis, op het werk ...? De kans op terugval verhoogt immers door een hoger stressniveau op andere levensgebieden.

- Ten slotte, **sta niet alleen stil bij problemen en mislukkingen**. Geef erkenning aan wat goed gaat. Al te vlug beschouwen we dingen als normaal, terwijl de patiënt er toch grote inspanningen heeft moeten voor leveren. Dergelijke bekrachtigingen werken zeer motiverend.

Bibliografie

Deze publicatie is ondermeer gebaseerd op de oorspronkelijke handleidingen van de Wereldgezondheidsorganisatie voor het gebruik van de ASSIST in de eerstelijnsgezondheidszorg:

Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro M. (2003). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing).* Geneva: World Health Organization.

Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Monteiro, M., & Poznyak, V. (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing).* Geneva: World Health Organization.

Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2008). *The ASSIST-linked Brief Intervention for Problematic Substance Use: a Manual for Use in Primary Care (version 2).* Geneva: World Health Organization.

Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2008). T*he Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for Use in Primary Care (Draft version 2)*. Geneva: World Health Organization.

Bronvermeldingen

APA (2006). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR.* Amersfoort: Drukkerij Wilco.

Bien, T.M. (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction 88*, 315-336.

Edwards, G.A. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum. Geneva: Bulletin of the World Health Organization.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing second edition: preparing people for change.* New York and London: The Guilford Press.

Verstuyf, G. (2007). *Dossier vroeginterventie.* Brussel: VAD.

VAD (2009). Richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik en definitie voor binge drinken. Brussel: VAD.

Bijlagen

In de bijlagen vindt u het materiaal voor de hulpverlener en voor de patiënt.
U kunt dit kopiëren.

- Bijlage A Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test vragenlijst – Nederlandstalige versie (ASSIST V3.1 NL)

De ASSIST vragenlijst is een leidraad voor de hulpverlener voor de screening.

- Bijlage B ASSIST V3.1 NL Antwoordkaart

Dit is een document van één pagina dat aan de patiënten wordt gegeven om hen te helpen bij het antwoorden. Het bevat de verschillende middelencategorieën en antwoordmogelijkheden.

- Bijlage C ASSIST V3.1 NL Feedbackkaart

Op de feedbackkaart vult de hulpverlener de resultaten van de ASSIST in. Aan de hand van de kaart kan men de patiënt feedback, informatie en advies geven over zijn middelengebruik. De kaart wordt meegegeven naar huis. Op de eerste pagina worden de ASSIST scores genoteerd. De volgende pagina's bevatten informatie over de specifieke gezondheids- en andere risico's verbonden aan de verschillende middelen. U kunt de feedbackkaart verder gebruiken als basis voor de kortdurende interventie bij matige risicoscores.

- Bijlage D Informatiekaart - Risico's van injecterend gebruik

Dit is een pagina met informatie over de risico's verbonden aan injecterend druggebruik die kan gebruikt worden bij de kortdurende interventie voor patiënten die tijdens de afgelopen drie maanden occasioneel intraveneus drugs hebben gebruikt (gemiddeld vier dagen per maand of minder). Ook voor patiënten die frequenter injecteren en dus een hoog risico lopen, bevat deze kaart nuttige informatie, maar zij hebben een intensievere behandeling nodig.

- Bijlage E Voorbeeld kortdurende interventie bij cannabisgebruik

In deze bijlage vindt u een voorbeeld van een kortdurende interventie bij een matige risicoscore voor cannabis. Deze verloopt volgens het stappenplan zoals toegelicht op pagina 21 en volgende.

- Bijlage F Stappenplannen kortdurende interventie

Hier vindt u de beknopte versie van de stappenplannen voor een kortdurende interventie. Deze kunnen een geheugensteun vormen bij de kortdurende interventies.

A. ASSIST V3.1-NL

Naam Interviewer:
Naam cliënt: Datum:

INLEIDING (LEES VOOR AAN DE CLIËNT. U KUNT DE FORMULERING AANPASSEN OP MAAT VAN DE CLIËNT.)

"Ik ga u een aantal vragen stellen over uw ervaringen met gebruik van alcohol, tabaksproducten en andere drugs gedurende uw hele leven en in de afgelopen 3 maanden. Deze middelen kunnen gerookt, geslikt, gesnoven, ingeademd of ingespoten worden (laat de antwoordkaart zien).
Sommige van de opgesomde middelen kunnen worden voorgeschreven door een arts (zoals amfetamines, kalmeringsmiddelen en pijnmedicatie). Voor dit interview zal medicatie op voorschrift van een arts niet worden genoteerd. Wanneer u echter medicijnen neemt met een andere bedoeling dan waarvoor ze voorgeschreven zijn, vermeld ze dan wel. Vermeld voorgeschreven medicatie ook als u ze in hogere doses of vaker neemt dan voorgeschreven of als u ze op een andere manier neemt dan bedoeld was. We zijn ook geïnteresseerd in uw ervaringen met illegaal druggebruik, maar u mag er zeker van zijn dat we deze informatie als strikt vertrouwelijk zullen behandelen."

OPMERKING: GEEF DE ASSIST ANTWOORDKAART AAN DE CLIËNT, VOORALEER DE VRAGEN TE STELLEN.

Vraag 1
(Als dit een vervolg interview is, vergelijk dan de huidige antwoorden van de cliënt met de antwoorden die hij/zij gaf op vraag 1 tijdens het eerste interview. Elke afwijking moet worden bevraagd.)

Welke van de volgende middelen hebt u ooit gebruikt in uw leven? (ENKEL NIET-MEDISCH GEBRUIK)	**Nee**	**Ja**
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	☐	☐
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	☐	☐
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	☐	☐
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	☐	☐
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	☐	☐
f. Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	☐	☐
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	☐	☐
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	☐	☐
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	☐	☐
j. Andere – specificeer	☐	☐

Indien alle antwoorden negatief zijn, vraag verder: "Ook niet toen u op school zat?"

Wanneer "NEE" op alle items, stop het interview.
Wanneer "JA " op één of meerdere items, stel dan vraag 2 voor elk middel dat ooit werd gebruikt.

Vraag 2

Hoe vaak hebt u de middelen die u net hebt genoemd gebruikt <u>in de afgelopen 3 maanden</u>? (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.)	**Nooit**	**1 of 2 maal**	**Maandelijks**	**Wekelijks**	**Dagelijks of bijna dagelijks**
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	2	3	4	6
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
f. Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
j. Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Indien "nooit" op alle items in vraag 2, ga naar vraag 6.

Indien één of meerdere* middelen *in de afgelopen 3 maanden werden gebruikt, stel dan de vragen 3, 4 en 5 voor <u>elk van de gebruikte middelen.</u>

Vraag 3

Hoe vaak had u een sterk verlangen of drang om (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.) te gebruiken <u>in de afgelopen 3 maanden</u>?	**Nooit**	**1 of 2 maal**	**Maandelijks**	**Wekelijks**	**Dagelijks of bijna dagelijks**
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	2	3	4	6
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
f. Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
j. Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Vraag 4

Hoe vaak heeft uw gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.) geleid tot gezondheids-, sociale, gerechtelijke of financiële problemen <u>in de afgelopen 3 maanden</u>?	**Nooit**	**1 of 2 maal**	**Maandelijks**	**Wekelijks**	**Dagelijks of bijna dagelijks**
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	2	3	4	6
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
f. Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
j. Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Vraag 5

Hoe vaak bent u er <u>in de afgelopen 3 maanden</u> niet in geslaagd te doen wat normaal van u verwacht werd door het gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.)?	**Nooit**	**1 of 2 maal**	**Maandelijks**	**Wekelijks**	**Dagelijks of bijna dagelijks**
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)					
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	2	3	4	6
f. Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	2	3	4	6
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	2	3	4	6
j. Andere – specificeer	0	2	3	4	6

Stel de vragen 6 & 7 voor alle middelen die <u>ooit</u> werden gebruikt (met name deze vermeld in vraag 1).

Vraag 6

Heeft een vriend(in), familielid of iemand anders <u>ooit</u> zijn bezorgdheid geuit over uw gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.)?	**Nee, nooit**	**Ja, in de afgelopen 3 maanden**	**Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden**
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	6	3
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	6	3
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	6	3
f. Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	6	3
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	6	3
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	6	3
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	6	3
j. Andere – specificeer	0	6	3

Vraag 7

Hebt u <u>ooit</u> geprobeerd om uw gebruik van (EERSTE DRUG, TWEEDE DRUG ETC.) onder controle te krijgen, te minderen of te stoppen en ervaren dat het niet lukte?	**Nee, nooit**	**Ja, in de afgelopen 3 maanden**	**Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden**
a. Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)	0	6	3
b. Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)	0	6	3
e. Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)	0	6	3
f. Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)	0	6	3
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)	0	6	3
h. Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)	0	6	3
i. Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)	0	6	3
j. Andere – specificeer	0	6	3

Vraag 8

	Nee, nooit	Ja, in de afgelopen 3 maanden	Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden
Hebt u ooit drugs ingespoten bij uzelf? (ENKEL NIET-MEDISCH GEBRUIK)	☐	☐	☐

BELANGRIJKE OPMERKING:
Cliënten die in de afgelopen 3 maanden drugs hebben geïnjecteerd, moeten bevraagd worden over hun injecteergedrag om hun risicograad en de beste interventie te bepalen.

INJECTEERGEDRAG		INTERVENTIERICHTLIJNEN
gemiddeld 4 dagen per maand of minder in de afgelopen 3 maanden	→	Kortdurende interventie waarbij de informatiekaart 'Risico's van injecteren' wordt overhandigd en uitgelegd
gemiddeld meer dan 4 dagen per maand in de afgelopen 3 maanden	→	Verdere assessment en meer intensieve behandeling*

HOE EEN RISICOSCORE PER MIDDEL BEREKENEN

Tel voor elk middel (a tot j) de scores voor de vragen 2 tot en met 7 bij elkaar. Tel de scores van vragen 1 en 8 er niet bij. Bijvoorbeeld de risicoscore voor cannabis wordt als volgt berekend: **2c + 3c + 4c + 5c + 6c + 7c**
Merk op dat vraag 5 niet wordt gesteld voor tabak en de risicoscore als volgt wordt berekend: **2a + 3a + 4a + 6a + 7a**

WELK TYPE INTERVENTIE GEBRUIKT WORDT, WORDT BEPAALD DOOR DE RISICOSCORE VAN DE CLIËNT.

	Noteer risicoscore per middel	**Geen interventie**	**Korte interventie**	**Meer intensieve behandeling***
a. Tabak		0 - 3	4 - 26	27+
b. Alcohol		0 - 10	11 - 26	27+
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. Cocaïne		0 - 3	4 - 26	27+
e. Amfetamines		0 - 3	4 - 26	27+
f. Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten		0 - 3	4 - 26	27+
g. Slaap- en kalmeringsmiddelen		0 - 3	4 - 26	27+
h. Hallucinogenen		0 - 3	4 - 26	27+
i. Opiaten		0 - 3	4 - 26	27+
j. Andere drugs		0 - 3	4 - 26	27+

GEBRUIK NU DE ASSIST FEEDBACKKAART OM DE CLIËNT FEEDBACK TE GEVEN OVER ZIJN RESULTATEN.

B. ASSIST V3.1-NL Antwoordkaart

Antwoordkaart - middelen

a.	Tabaksproducten (sigaretten, sigaren, tabak etc.)
b.	Alcoholische dranken (bier, wijn, sterkedrank, shooters, alcopops, mixdrankjes etc.)
c.	Cannabis (marihuana, weed, hasj etc.)
d.	Cocaïne (coke, crack, basecoke etc.)
e.	Stimulerende middelen type amfetamine (speed, ecstasy, sommige dieetpillen, Rilatine®, Captagon®, mephedrone, ephedrine, pseudo-ephedrine etc.)
f.	Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten (lijm, petroleum, tinner, dissolvant, gas (van aansteker, spuitbus …), ether, poppers etc.)
g.	Slaap- en kalmeringsmiddelen (Benzo's; Lexotan®, bromazepam; Rohypnol®, flunitrazepam; Stilnoct®, zolpidem; Temesta®, lorazepam; Tranxene®, clorazepaat; Valium®, diazepam; Xanax®, alprazolam etc.)
h.	Hallucinogenen (LSD, paddenstoelen, PCP, Ketamine, special K, mescaline etc.)
i.	Opiaten (heroïne, morfine, methadon, Subutex®, Suboxone®, buprenorfine, codeïne etc.)
j.	Andere – specificeer

Antwoordkaart (ASSIST vragen 2 tot 5)

Nooit: niet gebruikt in de afgelopen 3 maanden
1 of 2 maal: 1 tot 2 maal in de afgelopen 3 maanden
Maandelijks: gemiddeld 1 tot 3 keer per maand in de afgelopen 3 maanden
Wekelijks: 1 tot 4 maal per week
Dagelijks of bijna dagelijks: 5 tot 7 dagen per week

Antwoordkaart (ASSIST vragen 6 tot 8)

Nee, nooit
Ja, maar niet in de afgelopen 3 maanden
Ja, in de afgelopen 3 maanden

C. ASSIST V3.1-NL Feedbackkaart

Naam________________________________ Datum _____________________

Risicoscores per middel

Middel	Score	Risiconiveau	
1. Tabak		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
2. Alcohol		0 – 10 11 – 26 27+	Laag Matig Hoog
3. Cannabis		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
4. Cocaïne		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
5. Amfetamine		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
6. Vluchtige snuifmiddelen / inhalanten		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
7. Slaap- en kalmeringsmiddelen		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
8. Hallucinogenen		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
9. Opiaten		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog
10. Andere drugs		0 – 3 4 – 26 27+	Laag Matig Hoog

Wat betekenen uw scores?	
Laag:	Met uw huidige gebruikspatroon hebt u een laag risico op gezondheids- en andere problemen.
Matig:	Met uw huidige gebruikspatroon hebt u een risico op gezondheids- en andere problemen.
Hoog:	Als gevolg van uw huidige gebruikspatroon, loopt u een hoog risico op ernstige problemen (gezondheid, sociaal, financieel, gerechtelijk, relatie). Er is een grote kans dat u afhankelijk bent.

Bent u bezorgd over uw gebruik?

a. **Tabak**	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Regelmatig roken kan leiden tot:
	Vroegtijdig verouderen, rimpelen van de huid
	Luchtweginfecties en astma
	Hoge bloeddruk, diabetes
	Luchtweginfecties, allergieën en astma bij kinderen van rokers
	Miskramen, vroegtijdige geboorte en baby's met laag geboortegewicht bij zwangere vrouwen
	Nierziekten
	Chronische obstructieve luchtwegaandoeningen
	Hartziekte, beroerte, vaatziekten
	Kankers

b. **Alcohol**	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Regelmatig en overmatig alcoholgebruik leidt tot:
	Katers, agressief en gewelddadig gedrag, ongevallen en letsel
	Verminderde seksuele prestaties, vroegtijdig verouderen
	Spijsverteringsproblemen, maagzweren, ontsteking van de alvleesklier, hoge bloeddruk
	Angst en depressie, relatieproblemen, financiële en beroepsmatige problemen
	Moeilijkheden om dingen te onthouden en problemen op te lossen
	Misvormingen en hersenbeschadiging bij baby's van zwangere vrouwen
	Beroerte, permanente hersenbeschadiging, spier- en zenuwbeschadiging
	Leverziekte, alvleesklierziekte
	Kankers, zelfmoord

c. **Cannabis**	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig en overmatig cannabisgebruik leidt tot:
	Problemen met concentratie en motivatie
	Angst, achtervolgingswaanzin, paniek, depressie
	Verminderde geheugenactiviteit en bekwaamheid tot probleemoplossing
	Hoge bloeddruk
	Astma, bronchitis
	Psychose bij personen met een persoonlijke of familiegeschiedenis van schizofrenie
	Hartziekten en chronische obstructieve luchtwegaandoeningen
	Kankers

d. Cocaïne	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig cocaïnegebruik leidt tot:
	Slaapproblemen, snelle hartslag, hoofdpijn, gewichtsverlies
	Verdoofdheid, tintelen, klamme huid, huidkrabben en prutsen aan de huid
	Ongevallen en letsel, financiële problemen
	Irrationele gedachten
	Humeurwisselingen - angst, depressie, manie
	Agressie en achtervolgingswaanzin
	Intens hunkeren, stress door levensstijl
	Psychose na herhaaldelijke inname van hoge dosissen
	Plotse dood door hartproblemen

e. Stimulerende middelen	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van stimulerende middelen (type amfetamine) leidt tot:
	Slaapproblemen, eetlust- en gewichtsverlies, uitdroging
	Tandenknarsen, hoofdpijn en spierpijn
	Humeurwisselingen - angst, depressie, agitatie, manie, paniek, achtervolgingswaanzin
	Tremoren, onregelmatige hartslag, kortademigheid
	Agressief en gewelddadig gedrag
	Psychose na herhaaldelijke inname van hoge dosissen
	Permanente schade aan hersencellen
	Leverziekte, hersenbloeding, plotse dood (ecstasy) in zeldzame gevallen

f. Vluchtige snuifmiddelen Inhalanten	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van vluchtige snuifmiddelen leidt tot:
	Duizeligheid en hallucinaties, slaperigheid, desoriëntatie, wazig zicht
	Griepachtige symptomen, sinusitis, neusbloedingen
	Indigestie, maagzweren
	Ongevallen en letsel
	Geheugenverlies, verwarring, depressie, agressie
	Coördinatieproblemen, vertraagde reacties, hypoxie/zuurstoftekort
	Delirium, epileptische aanvallen, coma, orgaanbeschadiging (hart, longen, lever, nieren)
	Dood door hartstilstand

g. Slaap- en kalmerings-middelen	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen leidt tot:
	Slaperigheid, duizeligheid en verwarring
	Concentratiestoornissen en moeite om dingen te onthouden
	Misselijkheid, hoofdpijn, wankele gang
	Slaapproblemen
	Angst en depressie
	Tolerantie en afhankelijkheid na een korte periode van gebruik
	Ernstige ontwenningsverschijnselen
	Overdosis en dood wanneer gebruikt met alcohol, opiaten of andere verdovende middelen

h. Hallucinogenen	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van hallucinogenen leidt tot:
	Hallucinaties (aangenaam of onaangenaam) - zien, horen, voelen, rieken
	Slaapproblemen
	Misselijkheid en braken
	Verhoogde hartslag en bloeddruk
	Humeurwisselingen
	Angst, achtervolgingswaanzin, paniek
	Flashbacks
	Verhogen de effecten van geestelijke ziekten zoals schizofrenie

i. Opiaten	Uw risico om deze problemen te ondervinden is: Laag ☐ Matig ☐ Hoog ☐ Een regelmatig gebruik van opiaten leidt tot:
	Jeuk, misselijkheid en braken
	Slaperigheid
	Constipatie, afbrokkelende of rottende tanden
	Concentratiestoornissen en moeite om dingen te onthouden
	Verminderde seksuele lust en prestaties
	Relatieproblemen
	Financiële en beroepsmatige problemen, wetsovertredingen
	Tolerantie en afhankelijkheid, ontwenningssymptomen
	Overdosis en dood door ademhalingsproblemen

D. Informatiekaart - Risico's van injecterend gebruik

Injecterend druggebruik (drugs inspuiten) verhoogt het risico op problemen door middelengebruik.

Deze problemen kunnen ontstaan door:

- **Het middel**
  - Als je een drug inspuit, is de kans groter dat je eraan verslaafd raakt.
  - Als je amfetamines of cocaïne inspuit, is de kans op psychosen groter.
  - Als je heroïne of andere verdovende middelen inspuit, is de kans op een overdosis groter.

- **Het injecteren zelf**
  - Als je injecteert, kun je je huid en bloedvaten beschadigen en infecties oplopen.
  - Je kunt littekens, kneuzingen/blauwe plekken, zwellingen, abcessen en zweren veroorzaken.
  - Je aders kunnen inklappen.
  - Als je in de hals injecteert, kun je een beroerte krijgen.

- **Delen van injectiemateriaal**
  - Als je injectiemateriaal (naalden en spuiten, lepels, filters enz.) deelt, is er meer kans dat je door bloed overgedragen virussen zoals hepatitis B, hepatitis C en hiv krijgt.

Het is dus veiliger niet te injecteren

- **Als je toch injecteert helpen volgende tips je om je risico op problemen te verminderen:**
  - Gebruik steeds zuiver materiaal (bijvoorbeeld naalden en spuiten, lepels, filters, enz.).
  - Gebruik steeds een nieuwe naald en spuit.
  - Deel geen injectiemateriaal met andere personen.
  - Reinig de ruimte waar je gebruikt.
  - Reinig je handen.
  - Reinig de injectieplaats.
  - Gebruik telkens een nieuwe injectieplaats.
  - Injecteer langzaam.
  - Leg je gebruikte naald en spuit in een harde doos en verwijder deze op een veilige manier.

- **Als je stimulerende middelen zoals amfetamines of cocaïne gebruikt, helpen de volgende tips je om het risico op psychose te verlagen.**
  - Injecteer en rook niet gelijktijdig.
  - Gebruik niet dagelijks.

- **Als je verdovende middelen zoals heroïne gebruikt, helpen de volgende tips je om het risico op overdosis te verlagen.**
  - Gebruik geen andere drugs, vooral slaap- en kalmeringsmiddelen of alcohol, tijdens de dag dat je heroïne gebruikt.
  - Gebruik een kleine hoeveelheid en voer altijd een ‘voorproefje’ uit van een nieuw aangekochte hoeveelheid.
  - Zorg ervoor dat iemand bij je is terwijl je gebruikt.
  - Injecteer niet op plaatsen waar niemand je kan bereiken als je een overdosis doet.
  - Zorg dat je de ambulance (112) of spoeddienst kunt opbellen.

E. Voorbeeld van een kortdurende interventie

Na het invullen van de ASSIST vragenlijst met dr. Y heeft M. X, een man van 33 die samenwoont met zijn vriendin en hun zoontje, scores in het laagrisicobereik voor alle middelen behalve cannabis, waarvoor hij een score optekent van 20, waardoor hij in de matigrisicocategorie terechtkomt.

Dr. Y: "Zou u graag weten hoe u scoorde op de vragenlijst die we net afnamen?" **(stap 1: vraag toestemming)**

M. X: "Ja, graag dokter."

Dr. Y: "Op deze kaart (toont de feedbackkaart aan de patiënt) ziet u hoe u scoorde en wat deze scores betekenen. Voor alcohol scoorde u laag, dit betekent dat u met uw huidig gebruikspatroon weinig risico's loopt op gezondheidsproblemen of andere problemen." **(feedback bij laagrisicoscore)**

M. X: "...ah dat is goed dus."

Dr. Y: "Indien u niet meer drinkt dan nu, is dat inderdaad een aanvaardbare vorm van gebruik... natuurlijk wel afhankelijk van de situatie waarin u drinkt. Bijvoorbeeld op het werk of in het verkeer is alcoholgebruik niet aan te bevelen, maar dat wist u zelf waarschijnlijk ook wel." **(informatie bij laagrisicoscore)**

M. X: " ... ja dat wist ik wel, dokter."

Dr. Y: "Voor cannabis scoorde u 20, een matigrisicoscore. Dit wil zeggen dat u door uw gebruik risico's loopt op gezondheids- en andere problemen. Is het goed als we samen eens bekijken wat dit wil zeggen?" **(stap 2: gepersonaliseerde feedback)**

M. X: "Ok, dat is goed."

Dr. Y: (doet de feedbackkaart open en draait deze naar de patiënt)

"De mogelijke gevolgen van cannabisgebruik zijn hier opgesomd:

Problemen met concentratie en motivatie, angst, achtervolgingswaanzin, paniek, depressie, verminderde geheugenactiviteit en bekwaamheid tot probleemoplossing, hoge bloeddruk, astma, bronchitis en soms psychosen, hartziekten en chronische obstructieve luchtwegaandoeningen of kankers." **(stap 2: gepersonaliseerde feedback)**

"De beste manier om de risico's op deze gevolgen te vermijden, is uw cannabisgebruik te minderen of helemaal stop te zetten. **(stap 3: advies)** Dat is echter aan u om dat te beslissen, ik informeer u alleen over de mogelijke consequenties van uw gebruik..."

(stap 4: verantwoordelijkheid bij de patiënt)

M. X: "Ik wist helemaal niet dat cannabis dit allemaal kon veroorzaken..."

Dr. Y: "Hoe bezorgt bent u over uw score voor cannabis?" **(stap 5: bezorgdheid bevragen)**

M. X: "Nu u dit allemaal opsomt, ben ik eigenlijk wel wat ongerust. Ik had er geen idee van dat ik te veel cannabis gebruikte. Ik zag cannabis eigenlijk altijd als een gezond product dat me helpt om na een lange werkdag te ontspannen."

Dr. Y: "U zegt dat cannabis vooral helpt om te ontspannen na een lange werkdag. Welke voordelen ervaart u nog van uw gebruik? **(stap 6: voordelen van gebruik bevragen)**

M. X: “Cannabis helpt me ook om in slaap te raken. Ik ben nogal een moeilijke slaper, en door te blowen, slaap ik makkelijker in.”

Dr. Y: “U slaapt moeilijk in zonder cannabis, dat is zeker iets wat we samen kunnen bekijken. Welke nadelen ervaart u van uw gebruik?” **(stap 7: nadelen bevragen)**

M. X: “Mijn vriendin heeft niet graag dat ik gebruik… ze zegt dat ik een slecht voorbeeld ben voor onze zoon.”

Dr. Y: “Uw vriendin maakt zich zorgen… zijn er nog nadelen?” **(stap 7: nadelen bevragen)**

M. X: “Nu ik dat lijstje zie, denk ik dat de concentratieproblemen en het gebrek aan motivatie wel eens zouden kunnen komen van de cannabis… van die andere dingen heb ik echter geen last…”

Dr. Y: “U gebruikt dus vooral cannabis om te ontspannen en in te slapen. Uw vriendin vindt het een slecht voorbeeld voor uw zoon, en zelf ervaart u reeds problemen met uw concentratie en motivatie… vat ik dit goed samen? **(stap 8: reflecteren en samenvatten)**

M. X: “Ja dat klopt wel…”

Dr. Y: “Indien ik u zou vragen om uw bezorgdheid over uw cannabisgebruik uit te drukken op een schaal van één tot tien. Waarbij één helemaal niet bezorgd is en tien heel erg bezorgd… waar zou u zichzelf dan plaatsen?” **(stap 9: bezorgdheid over de nadelen bevragen)**

M. X: “… op een schaal van één tot tien… ik denk zeven.”

Dr. Y: “Een zeven, u bent dus best wel bezorgd…”

M. X: “Ja, dat klopt…”

Dr. Y: “En als ik u dezelfde vraag zou stellen over uw wil om het cannabisgebruik te veranderen… opnieuw op een schaal van één tot tien, waarbij één wil zeggen dat u niet wil veranderen en tien dat u absoluut wil veranderen…”

M. X: “… dan zou ik vier zeggen.”

Dr. Y: “Begrijp ik het goed dat u zich best wel zorgen maakt over uw gebruik, maar dat u het niet echt ziet zitten om er iets aan te veranderen?”

M. X: “… dat zou ik nu ook weer niet willen zeggen. Het lijkt me gewoon niet zo makkelijk om te veranderen. Cannabis helpt me om te ontspannen en in slaap te raken, dat is wel belangrijk voor me.”

Dr. Y: “Ik begrijp dat dit twee belangrijke voordelen zijn voor u, en dat als u iets aan uw gebruik zou willen veranderen dat we daar een alternatief voor moeten zoeken…” (De arts gaat verder in op de slaapproblemen en een alternatieve levensstijl.)

Dr. Y: “… hebt u verder nog vragen?”

M. X: “Nee.”

Dr. Y: “Dan geef ik u alvast de feedbackkaart mee en enkele folders. U kunt steeds met al uw vragen bij mij terecht. Sommige mensen vinden het handig als ze wat meer informatie kunnen opzoeken of met hun vragen over cannabis ergens terechtkunnen. Hiervoor kunt u steeds terecht bij De DrugLijn (078/15 10 20 en www.druglijn.be) of op www.hoeveelisteveel.be. **(stap 10: folders en info meegeven)**

F. Stappenplan kortdurende interventie

1. **Vraag** de patiënt of hij geïnteresseerd is in de scores op de vragenlijst.
2. Geef met behulp van de feedbackkaart **gepersonaliseerde feedback:**
   - algemene feedback over alle middelen;
   - specifieke feedback over de risico's van het middel met matige risicoscore.
3. Geef **advies** over het terugdringen van de risico's van het middelengebruik.
4. Laat de **verantwoordelijkheid** van de gemaakte keuzes bij de **patiënt**.
5. Vraag de patiënt hoe **bezorgd** hij is over de scores.
6. Laat de **voordelen** van het gebruik afwegen tegen...
7. de **nadelen** van het gebruik.
8. **Reflecteer en vat samen** wat de patiënt heeft gezegd, met de nadruk op de nadelen van het gebruik.
9. Vraag de patiënt hoe **bezorgd** hij is over de **nadelen**.
10. Geef de patiënt **folders en zelfhulpmateriaal** mee.